

Un virage ambulatoire, mais pour qui?

Gaston P. Harnois

Volume 21, numéro 1, printemps 1996

Virage ambulatoire

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032372ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032372ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Harnois, G. P. (1996). Un virage ambulatoire, mais pour qui? *Santé mentale au Québec*, 21(1), 27–31. <https://doi.org/10.7202/032372ar>



Un virage ambulatoire, mais pour qui?

Gaston P. Harnois*

En 1980, deux ans après l'instauration de la célèbre Réforme italienne de la santé mentale, le *Corriere de la Sera* de Milan s'interrogeait sur ses conséquences, et les réponses publiées, provenant surtout de femmes, étaient toutes plus ou moins analogues à la suivante: «Après la fermeture de l'hôpital psychiatrique, mon frère est revenu à la maison, et puisque personne ne voulait ou ne pouvait s'en occuper, j'ai dû quitter mon emploi pour veiller sur lui. Si c'est cela la réforme...».

Chez nos voisins américains, la pierre angulaire de la réforme Kennedy était la création prévue de plus de 700 *Community Mental Health Centers*, les CMHC, dont le mandat était double: d'abord, pourvoir à la mise en place de nouveaux programmes axés sur la prévention, la promotion et le traitement, et ensuite, favoriser, par tous les moyens possibles, le suivi et la réinsertion sociale de la clientèle lourde et persistante provenant des hôpitaux psychiatriques. Force est de reconnaître, après seulement quelques années, qu'on n'a réalisé à peu près correctement que le premier volet du mandat et que la clientèle lourde est laissée pour compte.

En santé mentale, le virage ambulatoire a été amorcé il y a plus de 40 ans et s'appelait alors «désinstitutionnalisation»; à cette époque, on était déjà parvenu à la conclusion que l'hospitalisation prolongée entraînait la perte de certaines aptitudes nécessaires à la survie en société. Depuis, les progrès de la psychopharmacologie, la reconnaissance accrue des droits de la personne et le désir d'autonomie croissant des individus (l'«*empowerment*») sont autant de facteurs qui ont contribué au sentiment qu'il est dorénavant possible de permettre à une majorité des grands malades psychiatriques de retourner vivre dans leur

* Médecin, Directeur du Centre Collaborateur OMS de Montréal, et Professeur agrégé au Département de psychiatrie de l'Université McGill.

milieu naturel, soit la communauté. Si la maladie peut être chronique, l'hospitalisation, elle, ne doit pas l'être.

Le bilan de la désinstitutionnalisation n'a rien d'éblouissant. En effet, seul un nombre restreint de nos grands malades répondent à l'ensemble des critères d'une réinsertion sociale réussie, soit la capacité d'organiser son quotidien, celle d'échanger avec ses semblables et le fait d'effectuer un travail rémunéré. Par ailleurs, cette constatation s'applique également à ceux qui n'ont pas vécu d'hospitalisation prolongée, ce qui est la norme de nos jours.

Et pourtant, il y a des expériences réussies.

Je me rappelle avoir lu la satisfaction sur le visage d'une dizaine de personnes avec un lourd passé psychiatrique, qui vivaient dans un quartier de Trieste, jouissant de l'encadrement souple d'une ancienne infirmière de l'hôpital psychiatrique et, au besoin, des services du centre de santé mentale de l'arrondissement.

À Milan, j'ai eu le loisir d'observer les employés d'une coopérative de jardinage (ayant tous vécu des séjours de plus de cinq ans à l'hôpital psychiatrique), perdre progressivement leur identité de malade pour enfin se considérer travailleurs à part entière.

À Berlin, j'ai rencontré plusieurs personnes, toujours aux prises avec de graves maladies mentales, qui travaillent avec fierté et satisfaction dans des entreprises à vocation sociale, mises sur pied pour répondre à leurs besoins.

À Montréal, dans le cadre du projet Part, des personnes lourdement handicapées travaillent et réintègrent graduellement, mais efficacement, la société.

On sait à présent ce qui caractérise les programmes efficaces de réinsertion sociale: une approche individuelle constante, l'accès opportun à des services de soins de qualité, l'engagement de la communauté et, au premier chef, la participation active des principaux intéressés.

Qu'un programme regroupe l'ensemble de ces caractéristiques n'est jamais le fruit du hasard. Au contraire, on ne saurait parvenir à une telle synergie sans une vision d'ensemble, un plan, un système, voire une politique qui en permette la réalisation.

Encore qu'elle soit perfectible, la Politique de santé mentale du Québec trace avec une certaine précision les principaux éléments d'un bon système de soins. Ce dernier doit être pensé d'après les besoins des individus, plutôt qu'en fonction du système lui-même.

Rappelons ici, à l'instar du Secrétaire général des Nations unies l'an dernier, que la santé mentale fait partie intégrante de la santé et, par conséquent, que tout système de santé digne de ce nom doit être doté d'un volet de santé mentale explicite et aussi bien défini que le volet de santé physique. Ainsi, on doit tenir compte des soins de santé primaire, des services curatifs et de la réadaptation, auxquels on ne négligera pas d'ajouter la composante sociale et communautaire, afin de tenir compte des forces vives et de la culture du milieu.

Pour le planificateur, pour l'intervenant et pour la personne aux prises avec un « problème de santé mentale grave », pour employer un euphémisme moderne, le virage ambulatoire peut vouloir dire plusieurs choses.

Pour le planificateur, à l'ère des restrictions budgétaires, la notion de virage ambulatoire est inéluctable. L'État n'étant plus à même de consacrer 10% du PNB aux soins de santé, nous devons réduire les coûts et améliorer le rendement. Aux États-Unis, seul pays industrialisé (avec l'Afrique du Sud) sans système public d'assurance santé, on a baptisé *managed care* le virage ambulatoire. Or, des collègues américains m'ont déclaré récemment que leurs travailleurs sociaux consacrent plus de la moitié de leur temps à déterminer si l'assurance d'un malade couvre ou non son séjour à l'hôpital ou les soins ambulatoires, sans égard aux besoins réels de la personne. Compte tenu de la tendance proverbiale des assureurs à exclure les « mauvais risques », soit la grande majorité des grands malades psychiatriques, les États-Unis se retrouvent aujourd'hui avec 30 millions d'Américains sans assurance santé et encore moins de « couverture-santé mentale ». Les coupes massives dont notre réseau fait l'objet tiennent-elles compte du niveau d'avancement moindre de la santé mentale par rapport à la santé physique, des répercussions considérables de la maladie mentale sur la qualité de vie, et de la fragilité relative des personnes atteintes de maladie mentale grave et persistante? Il est permis d'en douter.

Pour les intervenants, médecins, personnel infirmier, travailleurs sociaux, agents communautaires ou autres, les défis du virage ambulatoire ne sont pas nouveaux. Il s'agit, une fois la période aiguë terminée, d'aider, de guider et d'accompagner la personne dans sa démarche de réapprentissage de la vie dans la communauté. Ce n'est pas une tâche facile; nombre d'équipes multidisciplinaires n'ont pas reçu la formation nécessaire à ce travail et plusieurs intervenants restent plus à l'aise dans un cadre institutionnel. Les rôles de chacun ne sont pas interchangeables; ils sont cependant complémentaires. Saurons-nous transcender les rivalités interprofessionnelles et les querelles que l'on voit poindre à l'horizon?

Le risque que les personnes atteintes de maladie mentale grave et persistante fassent les frais d'une réforme hâtive et mal planifiée est un danger réel pour ces dernières. Il serait simpliste, à l'issue d'un virage ambulatoire, que le système ait légué à la personne les maux qu'il devait régler. On se rappellera qu'au cours des consultations qui ont mené à la Politique de santé mentale, les personnes concernées ont déclaré qu'elles voulaient avant tout être informées, ne pas être considérées comme des dossiers ou de simples numéros et avoir le loisir de prendre part à toutes les décisions qui les concernent; en somme, elles veulent avoir des choix. Or, où en sommes-nous à cet égard? Le nombre de plaintes de la part des personnes et de leurs proches est en hausse; les tentatives de mise en œuvre de services individualisés ont échoué parce que les individus concernés, et souvent leur famille, n'en ont pas vu l'utilité ou ont craint qu'il ne s'agisse de mesures de contrôle supplémentaires.

On voit donc que, tout souhaitable qu'il soit, le virage ambulatoire en santé mentale est parsemé d'embûches.

- La concertation nécessaire entre les différentes instances ministérielles concernées (santé et services sociaux, emploi, éducation, main-d'œuvre, justice, etc.) est à peine amorcée.
- Les services de santé primaire de notre système (CLSC, cabinet de l'omnipraticien, urgence) hésitent à prendre en charge la clientèle psychiatrique lourde; au demeurant, l'accès de cette même clientèle aux soins à domicile reste plutôt symbolique.
- Le jumelage des services institutionnels et des programmes communautaires, ou du moins leur collaboration, sont l'exception et non la règle. Par ailleurs, le pourcentage du budget de santé mentale alloué aux ressources communautaires est nettement insuffisant.
- Devant les restrictions budgétaires et l'anxiété individuelle et collective qu'elles engendrent, plusieurs intervenants risquent d'adopter une position de repli plutôt que de s'ouvrir à de nouvelles façons de faire, attitude pourtant essentielle à la réussite des réformes.
- Les attitudes de la population face à la maladie mentale grave sont encore trop souvent conditionnées par le sensationnalisme des médias, et les gens continuent malheureusement à taxer de malade mental tout individu dont le comportement est déviant ou antisocial.

En définitive, la question n'est plus de savoir s'il y aura ou non virage ambulatoire; il convient plutôt de s'interroger sur ses modalités.

Toutes les études dont nous disposons démontrent, bien qu'à des degrés divers, qu'en santé mentale, les personnes concernées s'en tirent mieux dans leur milieu naturel et préfèrent y vivre, plutôt que dans un cadre institutionnel.

Les défis auxquels fait face le monde de la santé mentale doivent être relevés tant par le réseau que par la population toute entière. Si l'on veut éviter que l'opération ne se solde par un accroissement du nombre d'indigents et de sans-abri, ou qu'elle n'entraîne un fardeau insoutenable pour les familles et les proches, il faudra que le virage s'accompagne d'une sérieuse remise en cause des attitudes et des pratiques: en outre, il faut miser beaucoup plus sur le potentiel de la personne, mettre en place et appuyer de façon très significative les aidants naturels et les ressources du milieu, un objectif qui demeure encore à l'état embryonnaire, et susciter une collaboration beaucoup plus étroite entre les ressources de première ligne et celles dites spécialisées.

De même, pour parvenir aux objectifs précités, il faudra consentir au réaménagement nécessaire des ressources humaines et financières, étape qui ne sera pas sans tiraillements.

En conclusion, bien que certains estiment qu'on fasse un usage abusif des termes suivants, on ne peut parler de virage ambulatoire en santé mentale, sans parler d'un véritable partenariat et d'une plus grande concertation de tous les acteurs intéressés.